



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **43874** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ПАНКРЕАТОЄЮНОСТОМІЇ**

1

(21) u200901490**(22)** 23.02.2009**(24)** 10.09.2009**(46)** 10.09.2009, Бюл.№ 17, 2009 р.**(72)** ВЕРХУЛЕЦЬКИЙ ІВАН ЄГОРОВИЧ, ГРІНЦОВ
ОЛЕКСАНДР ГРИГОРОВИЧ, ВЕРХУЛЕЦЬКИЙ
ЄГОР ІВАНОВИЧ, ВОЛКОВ ВОЛОДИМИР ВОЛО-
ДИМИРОВИЧ, КУНІЦЬКИЙ ЮРІЙ ЛЕОНІДОВИЧ,
СИНЕПУПОВ МИКОЛА АНАТОЛІЄВИЧ**(73)** ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

2

(57) Спосіб панкреатоєюностомії, що включає по-
вздожнє розсічення підшлункової залози і її прото-
ки, з'єднання її з повздожньо розсіченою петлею
тонкої кишки, який **відрізняється** тим, що із твер-
дої мозкової оболонки висікають алотрансплантат,
після чого його фіксують до задньої стінки протоки
підшлункової залози, і край алотрансплантата, тка-
нину підшлункової залози і край повздожньої розсі-
ченої кишки з'єднують між собою.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме - до хірургії, і може бути використана при хірургічному лікуванні хронічного панкреатиту, пухлинах підшлункової залози, каменів протоки підшлункової залози.

Відомий спосіб панкреатоєюностомії за Пуєстовим при хронічному панкреатиті [2]. Даний спосіб панкреатоєюностомії близький нам за технічною суттю і обраний в якості найближчого аналога.

Виконують спосіб-найближчий аналог наступним чином: розсікають підшлункову залозу разом з її протоком вздовж і анастомозують проток підшлункової залози із розсіченою вздовж і У-подібно відключеною петлею тонкої кишки, при цьому зшивають оболонку кишки з очеревиною, вкриваючою підшлункову залозу. Недоліком способу-найближчого аналога є те, що у віддаленому післяопераційному періоді, сформований анастомоз має тенденцію до звуження і облітерації.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу панкреатоєюностомії при хронічному панкреатиті, в якому забезпечується виключення вірогідності розвитку звуження і облітерації панкреатоєюноанастомозу.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі панкреатоєюностомії, згідно корисної моделі, із твердої мозкової оболонки висікають алотрансплантат, після чого його фіксують до задньої стінки протоки підшлункової залози і край алотрансплантата, тканину підшлункової залози і край повздожньої розсіченої кишки з'єднують між собою. Таким чином алотрансплантат вистилає стінки

панкреатичної протоки, розсічену тканину підшлункової залози і лінію швів анастомозу.

Заявлений спосіб пояснюється малюнками:

Фіг.1 Зовнішній вигляд висіченого алотрансплантату.

Фіг.2 Розсічений повздож проток підшлункової залози із зафіксованим до його задньої стінки алотрансплантатом, накладені шви між очеревиною, вкриваючою підшлункову залозу і сірозна-м'язовою оболонкою повздож розсіченої тонкої кишки.

Фіг.3 Формування нижньої губи анастомозу - накладання швів через всі оболонки повздож розсіченої кишки, край алотрансплантата, тканину підшлункової залози в місці її розсічення.

Фіг.4 Формування верхньої губи анастомозу.

Спосіб виконують наступним чином: подовжнім розтином по передній поверхні підшлункової залози розсікають останню і розкривають головний панкреатичний проток по передній його поверхні. Висікають алотрансплантат із твердої мозкової оболонки відповідно довжині розсіченої частини залози. Фіксують центральну частину алотрансплантата до задньої стінки протоки підшлункової залози окремими вузловими швами. Накладають перший ряд швів між серозно-м'язовою оболонкою тонкої кишки і очеревиною, вкриваючою підшлункову залозу. Повздож розсікають тонку кишку, підшиту до підшлункової залози. Накладають другий ряд вузлових капронових швів через всі шари повздож розсіченої кишки, край алотрансплантата і тканину підшлункової залози у місці її розсі-

(13) **U**
(11) **43874**
(19) **UA**

чення. Формують верхню губу анастомозу. Герметизують верхню губу анастомозу шляхом наложення окремих вузлових швів між серозно-м'язовою оболонкою тонкої кишки і очеревиною, вкриваючою підшлункову залозу. Формують ентеро-ентероанастомоз „бік в бік" між приводящою і відводящою петлями кишки. Приводящу петлю кишки між панкреатоєюностомозом і ентеро-ентероанастомозом прошивають за допомогою зшиваючого апарату УКЛ-60.

В клініці ФПО Донецького національного медичного університету ім. Горького на базі ЦМКЛ №21 по заявленому способу оперовано 5 хворих. Післяопераційних ускладнень у найближчому і віддаленому операційних періодах не спостерігали.

Конкретний приклад виконання способу:

Хворий С, 39 років (історія хвороби №751-87) госпіталізований в клініку із скаргами на постійні ниючі болі у епігастрії з іррадіацією в спину, тошноту, блювоту. Хворіє на протязі 8 років. Декілька разів переносив оперативні втручання. Після об-

стеження встановлений діагноз хронічного панкреатиту. Хворий був оперований. Під час операції підшлункова залоза тверда, має місто індуративний панкреатит. Після вскриття чепцевої сумки і мобілізації великої кривизни шлунку виконана пункція головної протоки підшлункової залози - отримано 10мл каламутного панкреатичного соку. На інтраопераційній панкреатограмі контрастна рідина виповнює неоднаково розширений до 10мм головний проток підшлункової залози, евакуації рідини в кишку немає. Виконана операція по заявленому способу. Післяопераційна течія без ускладнень. Був оглянутий через 2 і 4 роки після втручання. Ознак рецидиву захворювання немає.

Перевага застосування алотрансплантата полягає в тому, що він перешкоджає облітерації анастомозу і не дає реакції відторгнення чужорідної тканини.

Джерела інформації:

1. Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций. - К.: "Здоров'я", 1979 - 312с.

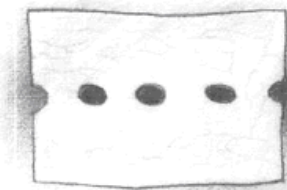


Fig. 1



Fig. 2

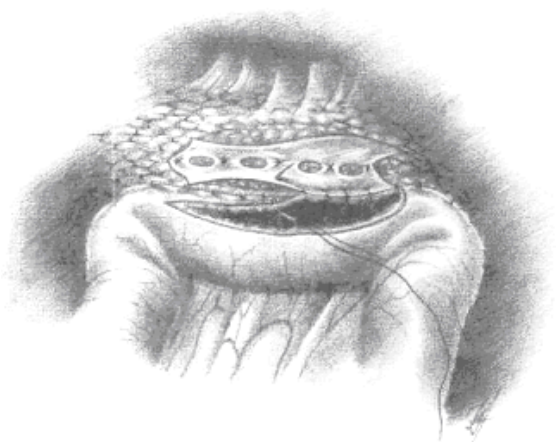


Fig. 3

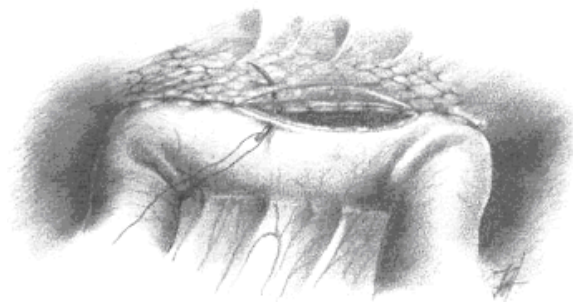


Fig. 4

